

лейкоцитов крови ($R=0,42$), цитозом ($R=0,61$), содержанием в спинномозговой жидкости нейтрофилов ($R=0,63$), макрофагов ($R=0,5$), белка ($R=0,48$), глюкозы ($R=0,37$).

При сравнении групп по исходу заболевания (по данным нейросонографии и/или компьютерной томографии) методом Манна-Уитни установлено, что такие заключения, как внутренняя гидроцефалия, порэнцефалия, атрофия коры головного мозга, достоверно чаще встречались в основной группе ($p=0,01$).

Выводы.

1) Данные ante - и интранатального анамнеза не указывают на вероятность развития инфекционного поражения ЦНС у детей с ВЖК;

2) не выявлены клинические симптомы, указывающие на развивающееся инфекционное поражение ЦНС у новорожденных с ВЖК;

3) для пациентов с ВЖК, осложнившимся вторичным инфекционным процессом в ЦНС, характерно более высокое содержание лейкоцитов в крови, цитозом ($R=0,61$), нейтрофилов, макрофагов, белка, глюкозы в СМЖ;

4) пациенты с ВЖК нуждаются в повторной люмбальной пункции при нарастании уровня лейкоцитов крови;

5) инфекционное поражение головного мозга у детей с ВЖК достоверно чаще приводит к более тяжелым вариантам органического поражения ЦНС, чем неосложненное ВЖК.

Литература:

1. Ballabh, P. Pathogenesis and Prevention of Intraventricular hemorrhage / P.allabh // Clinics in Perinatology. – 2014. – Vol. 41. – P. 47–67.

2. Miedzińska, M. Meningitis and chosen complications of neonatal period in preterm neonates born to single or multiple pregnancies / M. Miedzińska, G. Hnatyszyn, H. Konefał // Ginekol Pol. – 2012. – № 83(3). – P. 202–208.

3. Власюк, В. В. Клинико-морфологическая классификация внутрижелудочковых кровоизлияний в мозг / В. В. Власюк // Вопр. соврем. педиатрии. – 2013. – №12 (6). – С. 48–52.

СОВРЕМЕННЫЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ШЕЕЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Дедуль М.И., Печерская М.С.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. За последние десять лет отмечена тенденция к увеличению частоты внематочной беременности (ВБ) во всем мире [1,2]. Шеечная беременность всегда считалась одной из самых редких форм эктопической беременности, по данным различных авторов частота шеечной беременности колеблется от 1 на 1000 до 1 на 95000 беременностей и составляет около 0,1% всех эктопических беременностей [3]. К факторам,

предрасполагающим к развитию шеечной беременности, относят врожденные аномалии развития тела и шейки матки, наличие рубца на матке, синехии в полости матки, эндометриоз, субмукозная миома, изменение способности плодного яйца к имплантации [2]. Ряд авторов указывают на большое значение дистрофических и атрофических изменений эндометрия, возникающих в результате травматического его повреждения при абортах, диагностических выскабливаниях и других манипуляциях. До недавнего времени основным методом оперативного лечения шеечной беременности считалась экстирпация матки. Однако, сегодня ранняя диагностика и современные органосберегающие технологии (гистероскопическая резекция ложа плодного яйца с последующей коагуляцией цервикального канала, селективная эмболизация маточных артерий с последующим удалением плодного яйца и выскабливанием слизистой цервикального канала, кюретаж после перевязки нисходящих ветвей маточных артерий) позволяют сохранить репродуктивную функцию женщинам. Таким образом, ранняя диагностика редких форм эктопической беременности играет важную роль в предотвращении серьезных осложнений, представляющих угрозу, как для жизни, так и для репродуктивной функции женщины.

Цель исследования: проанализировать частоту встречаемости эктопической шеечной беременности, объем оперативного вмешательства при данном виде внематочной беременности и оценить течение послеоперационного периода по данным УЗ «Витебский городской клинический роддом №2».

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 326 историй болезни с внематочной беременностью, установлена частота встречаемости эктопической шеечной беременности в гинекологическом отделении УЗ «Витебский городской клинический роддом №2» за период с 2013 по 2017 гг. Оценен вид, объем оперативного вмешательства и возможные послеоперационные осложнения при данной патологии.

Результаты исследования. В процессе работы были проанализированы истории болезни с 2013 по 2017 года по данным УЗ «Витебский городской клинический роддом №2», за этот период было выявлено четыре случая шеечной беременности, что составило 1,2% от всех случаев внематочной беременности.

Нами было установлено, что средний возраст пациентов составил $32,1 \pm 2,0$ года. Все пациенты предъявляли аналогичные жалобы при поступлении: на тянущие боли внизу живота, кровянистые выделения из половых путей, задержку менструации. У всех пациентов средний возраст начала менструации составил 14 лет, менструации длились по 5 дней, через 30 дней; умеренные, безболезненные, регулярные, начало половой жизни в среднем с 18 лет. В анамнезе у всех пациентов количество медицинских абортов составило $2,1 \pm 1,1$, у 3-х пациентов - 1 роды, осложненное течение родов – перинеотомия, кольпоперинеоррафия, гипотоническое маточное

кровотечение в 3 периоде родов. Из гинекологических заболеваний: у 2-х пациентов была выполнена лапароскопия с удалением кисты правого яичника и дисфункциональное маточное кровотечение в детородном возрасте, трижды проводилось раздельное диагностическое выскабливание, эктопия шейки матки была пролечена методом диатермоэлектрокоагуляции.

При объективном исследовании у всех пациентов жалоб со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочевыделительной систем не было отмечено. При оценке гинекологического статуса установлено: шейка матки бочкообразно утолщена, цервикальный канал закрыт, смещение за шейку матки болезненное, выделения слизисто-кровянистые, умеренные. Тело матки расположено в anteversio-flexio, чуть больше нормальных размеров. Из лабораторно-инструментальных методов исследования: тест на беременность положительный; общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи были в пределах нормальных референтных значений. Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза: матка была расположена правильно, имела длину $58,4 \pm 4,1$ мм, толщину $43,3 \pm 5,4$ мм, ширину $60,6 \pm 3,4$ мм. Эндометрий толщиной $7,6 \pm 2,3$ мм. Правый яичник размерами $30,3 \pm 3,1 \times 24,7 \pm 2,4$ мм. Левый яичник размерами $27,6 \pm 3,5 \times 32,6 \pm 4,2$ мм. Плодное яйцо в матке не визуализировалось. В шейке матки визуализировалось плодное яйцо $9,3 \pm 2,1$ мм в диаметре, что в среднем соответствовало 6 неделям беременности. Шейка матки была бочкообразной формы. При цветовом доплеровском картировании вокруг плодного яйца определялся периферический кровоток, что является косвенным признаком nidации плодного яйца именно в шейке матки. Заключение (во всех проанализированных случаях): шеечная беременность.

В результате всем четырем пациентам был произведен аспирационный кюретаж цервикального канала с последующей коагуляцией ложа плодного яйца монополярным электродом «ролик» гистерорезектоскопа, аспирационный кюретаж полости матки.

У всех пациентов послеоперационный период протекал без осложнений.

Выводы.

- За период с 2013 по 2017 года по данным УЗ «Витебский городской клинический роддом № 2» шеечная беременность была диагностирована у 4 пациентов, что составило 1,2% случаев от общего количества эктопической беременности.
- Всем пациентам было выполнено малоинвазивное хирургическое органосохраняющее вмешательство – гистерорезектоскопия с удалением плодного яйца, при этом были сохранены органы репродуктивной женской системы.
- Во всех проанализированных нами случаях послеоперационный период протекал без осложнений.

- Таким образом, современные малоинвазивные эндоскопические методы оперативного лечения эктопической шеечной беременности позволяют уменьшить объем хирургического вмешательства, сохранить репродуктивную функцию, снизить частоту послеоперационных осложнений.

Литература:

1. Гришин, И. И. Новые возможности в лечении шеечной беременности / И. И. Гришин, Ю. Э. Доброходова, С. А. Капранов // Новые технологии в медицине. – 2010. – № 4. – С. 7–8.
2. Опыт органосохраняющего лечения шеечной беременности с использованием селективной эмболизации маточных артерий и гистерорезектоскопии / С. Э. Саркисов [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2015. – № 4. – С. 4–5.
3. Случаи ранней диагностики и лечение шеечной беременности с сохранением репродуктивных органов / В. Н. Сидоренко [и др.] // Новые технологии в медицине. – 2015. – № 3. – С. 10–12.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОМИОЗА НА НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЯХ

Дивакова Т.С., Елисеенко Л.Н., Ржеусская Л.Д., Харленок В.И.
УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Аденомиоз представляет собой доброкачественный патологический процесс, характеризующийся появлением в миометрии эпителиальных и стромальных элементов эндометриального происхождения. В последние годы отмечена тенденция к увеличению частоты аденомиоза в структуре гинекологической патологии и генеративной функции и составляет в среднем 37-45%, а в структуре эндометриоза 40% [1,3]. Несмотря на значительное количество исследований, посвященных различным аспектам эндометриоза, до сих пор лечение генитального эндометриоза представляет сложную и далеко нерешенную проблему [2,3]. В настоящее время все больше предпочтение отдается медикаментозному лечению, которое должно по возможности повлиять на различные патогенетические звенья в развитии эндометриоза особенно у пациентов репродуктивного возраста.

Цель исследования. Оценить эффективность лечения начальных стадий аденомиоза у пациентов с помощью медикаментозного лечения.

Материал и методы. Данное исследование проведено на базе кафедры акушерства и гинекологии ФПК и ПК ВГМУ, в гинекологическом отделении Витебского областного клинического специализированного центра. В настоящее исследование вошли 91 пациент с начальными стадиями внутреннего эндометриоза.